**Aus der Medizinischen Poliklinik der Universität Marburg**
Direktor: Professor Dr. med. F. Klewitz

# Ueber die Heilungsaussichten des Magen- und Zwölffingerdarmgeschwürs.

---

**Inaugural-Dissertation**

zur Erlangung der
Doktorwürde in der Gesamten Medizin
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Universität Marburg

vorgelegt von
**Hans Mainz**
aus Felsberg, Kreis Melsungen

Marburg 1935
Buchdruckerei Joh. Hamel, Marburg (Lahn)

Angenommen von der Medizinischen Fakultät Marburg
am 22. Februar 1935.
Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät
Referent: Professor Dr. med. F. Klewitz.

Gerade für die Entscheidung der Frage, ob man bei ulcus ventriculi und ulcus duodeni die interne Behandlung der chirurgischen vorziehen soll, oder umgekehrt, ist es von ganz besonderer Wichtigkeit und Bedeutung, näher darauf einzugehen, wie man sich die Entstehung dieser ulcera zu erklären hat.

Es bestehen auf diesem Gebiete heute noch große Meinungsverschiedenheiten, und von den vielen Theorien, die aufgestellt wurden, und zum großen Teil auch recht überzeugend begründet worden sind, kann eigentlich bis heute noch keine als einwandfrei bewiesen gelten.

Wie sehr die Meinungen der einzelnen Autoren voneinander abweichen, möchte ich eingangs kurz schildern:

Die älteste Ansicht über die Entstehung des Ulcus ventriculi dürfte wohl die „gastritische Theorie", die Cruveilhier aufgestellt hat, sein, die das Ulcus als die Folge einer gleichzeitig bestehenden Gastritis ansieht. Wenn auch Cruveilhier diese seine Ansicht nicht auf ein wirklich ausreichend vorliegendes klinisches Material stützte, so ist er doch der erste gewesen, der diese Theorie, wenn auch mehr als eine Vermutung, aufstellte.

Die „Gefäßtheorie" Virchow's, als erste wirklich gut begründet, vertritt den Standpunkt, daß zunächst einmal durch Störung der Blutversorgung eine Schädigung der Magenwand zustandegkommen sein muß, sei es durch Spasmen der Gefäße selbst oder der Muskulatur, wodurch die Gefäße abgeklemmt wurden, Embolie, oder sonstige, haematogen begründete, Ursachen, bevor durch Einwirkung des Magensaftes dann das eigentliche ulcus entstehen kann.

Auch die von v. Bergmann aufgestellte „spasmogene Theorie" der Ulcusgenese liegt in gleicher Richtung, da auch bei ihr die Schädigung der Magenwände

durch Cirkulationsstörung, wenn auch mehr durch nervös bedingte Spasmen, als Grundbedingung für die Entwicklung des ulcus angesehen wird.

V. Bergmann's neurogene Theorie stellte nun fest, daß wir es bei dem ulcus ventriculi also eigentlich nicht mit einer Lokalerkrankung des Magens zu tun haben, sondern mehr oder weniger mit einer Allgemeinerkrankung, daß die organische Läsion erst sich entwickelt infolge einer funktionell bedingten Störung der Cirkulation.

Die Gefäßtheorie Virchow's hat vor allen auch Hauser vertreten, zunächst die Ansicht vertretend, daß die Ursache des ulcus zu suchen sei in einem haemorrhagischen Infarkt der Magenschleimhaut. Doch stellte er sich später auf den Standpunkt, daß das ulcus des Magens sich entwickelte auf Grund eines tiefgreifenden haemorrhagischen Infarktes, welchen Standpunkt auch v. Bergmann vertrat, die anatomischen Veränderungen betreffend, während er klinisch der Konstitution eine ganz besondere Bedeutung beimißt.

Auch Aschoff erkennt als primären Grund des ulcus spastische Contraktion der Magenwand und dadurch bedingte Abdrosselung der Blutzufuhr, sowie auch spastische Contraktionen der Gefäße selbst, an, neigt aber mehr der Ansicht zu, daß, besonders das Chronischwerden des ulcus, zurückzuführen sei auf mechanisch bedingte Reize, und erklärt vor allem auch damit den häufigen Sitz der ulcera am pylorus und angulus.

In den letzten Jahren nun haben namhafte Autoren, wie Moszkowicz, der auf die histologischen Veränderungen der ganzen Magenschleimhaut beim ulcus hinwies (atypische Drüsenschläuche, oberflächliche Schleimhautdefekte, Epithelatypien), weiter Orator, der besonders gerade auf die entzündlichen Erscheinungen im Antrumgebiet aufmerksam machte, und vor allen Konjetzny die gastritische Theorie in den Vordergrund gerückt. Da sie die entzündlichen Veränderungen an der Schleimhaut jedes Ulcusmagens, insbesondere auch nach ihrer Ansicht öfters alle Übergänge von Erosionen zum chronischen Geschwür, feststellten, hielten

sie die gastritische Theorie für absolut bewiesen, und stellten sogar jede Mitwirkung des Magensaftes in Abrede.

Wir sehen, daß die Ansichten über die Genese der ulcera ventriculi et duodeni recht auseinandergehen, und H. Kalk sagt vom Standpunkt des Internisten: „Es steht für mich außer Zweifel, daß die Ulcuskrankheit, von der aetiologischen Seite aus betrachtet, gar kein einheitliches Krankheitsbild ist." Auch F. Klewitz hält die Frage der Ulcusgenese für heute noch nicht restlos geklärt und läßt die Möglichkeit einer Geschwürentwicklung durch verschiedene Ursachen offen, und stellt als sicher geltend hin, daß als verbindendes Glied ein konstitutioneller Faktor immer beteiligt ist. G. v. Bergmann wiederum hält die neurotische Theorie für den Praktiker für die wichtigste und bezeichnet alle Theorien der Ulcusgenese als Hypothesen, als unbewiesen.

Diese Ausführungen über die Ulcusgenese hielt ich für erforderlich, da schließlich doch die restlose Klärung dieser Frage nicht allein für die Diagnostik sondern gerade auch ganz besonders für die Therapie mir von größter Bedeutung erscheint und sicherlich auch ist.

Bei der Ungeklärtheit der Ulcusgenese und dem damit nicht sicher gezeigten Weg, den man in der Therapie des ulcus einschlagen soll, ist es, bei der außerordentlichen Häufigkeit der Erkrankung, sowohl für den Kliniker, wie auch vielleicht erst recht für den Praktiker, von größtem Interesse, ob er nun seine Ulcuspatienten intern behandeln soll, oder ob er der entgültigen Heilung des Patienten und damit der vom nationalsozialistischen Staat besonders gestellten großen Verantwortung des Arztes gegenüber der Volksgesundheit mehr gerecht wird, wenn er operative Behandlung vorschlägt.

Nach dem heutigen Stand der Wissenschaft scheint mir von ausschlaggebender Bedeutung für die Wahl das vorliegende statistische Material über die Erfolge beider Arten der Behandlung.

Einige in der Literatur festgelegte statistische Feststellungen mögen daher zunächst folgen:

Es finden sich in der Literatur nur spärliche statistische Angaben. Boas I kommt bei der Behandlung des Themas: Momentanerfolge und Dauererfolge bei peptischen Geschwüren, ohne allerdings statistisches Material anzugeben, zu der Ansicht: „Bei callösen und penetrierenden Ulcera gibt es selten Momentan-, kaum je Dauerheilerfolge. Sie sollten ohne vorherigen Versuch mit interner Behandlung der chirurgischen Behandlung zugeführt werden."

Viktor Hoffmann schreibt über Dauererfolge der Gastroenterostomie bei ulcus ventriculi und ulcus duodeni. Von 128 in der chirurgischen Klinik, Augusta- und Bürgerhospital, der Universität Köln in den Jahren 1918 bis 1924 mit gastroenterostomia post. mit und ohne Pylorusumschnürung behandelten Kranken, die 2 mal, und zwar in den Jahren 1925 und 1931 nachuntersucht wurden, wurde nur in 40,8% gänzliche Beschwerdefreiheit erzielt. Beschwerdefreiheit bei Diäteinhaltung in 21,7%, erhebliche Beschwerden blieben in 27,3% bestehen. Er kommt mithin folgerichtig zu dem Ergebnis: „Die Gastroenterostomie ist beim Geschwür des Magens und Zwölffingerdarms eine in ihrem Dauererfolg zu unsichere Operation."

A. Böhme behandelt „Die Heilungsaussichten des Zwölffingerdarmgeschwürs bei innerer Behandlung". Von 111 Kranken mit röntgenologisch nachgewiesenen ulcera duodeni wurden durch 6 bis 7 wöchige Behandlung beschwerdefrei 84,7%, gebessert 10,8%, ungebessert blieben 4,5%. 93 Kranke wurden am Ende der Behandlung nachgeröntgt, und die Nische war in 25,8% geschwunden, in 44% verkleinert, in 22,8% unverändert. Nach Böhme's Ansicht sind die Erfolge beim Magengeschwür wesentlich besser: 98% Beschwerdefreiheit, 82% röntgenologisch Heilung.

Von 50 innerhalb etwa eines Jahres nachuntersuchten ulc. duodeni-Fällen hatten 38 einen Rückfall.

Das Magengeschwür ist dagegen dauerhafter heilbar.

Böhme fordert früheinsetzende langdauernde (acht Wochen) Behandlung.

Charles Bruce Morton Über die Resultate der internen

und chirurgischen Behandlung in ländlichen Bezirken und kleinen Städten. Von 25 intern behandelten Fällen starben 3 an Carcinom, 3 an anderer Krankheit. Bei den anderen wurde in kaum mehr als der Hälfte der Fälle ein zufriedenstellendes Resultat erreicht. Von 8 chirurgisch behandelten Fällen starb einer an einer unklaren Magenkrankheit, bei 7 wurde ein zufriedenstellendes Resultat erzielt. Bei 131 Fällen von ulcus duodeni wurde mit der internen Behandlung in kaum der Hälfte der Fälle ein zufriedenstellendes Resultat erreicht, während bei der chirurgischen Behandlung mehr als ¾ der Fälle ein zufriedenstellendes Ergebnis hatten.

Interessant ist auch noch Morton's Feststellung, daß die ulcera bei der weißen Rasse 2 × häufiger sind als bei Negern, und daß das Verhältnis von ulc. ventr. : ulc. duodeni = 1 : 3,5 sei.

Von Alois Borsard liegt eine Arbeit vor Über das Spätblutbild nach ausgedehnten Magenresektionen wegen ulc. ventr. und ulc. duodeni. Von 77 in 1 bis 11 Jahre nach der Operation untersuchten Fällen fand er bei 66 normales Blutbild. In 3 Fällen wird eine sekundäre Anaemie durch eine andere Krankheit erklärt. 5 Fälle klagten über Magenbeschwerden, die diagnostisch nicht einwandfrei gedeutet werden konnten.

In der „Neue Deutsche Klinik", 1930, Band 6, schreibt H. Kalk über: Welches sind die Erfolge der internen Therapie? und kommt zu folgendem Ergebnis: Beschwerdefreiheit ist in der überwiegenden Zahl der Fälle durch eine strenge Ulcuskur zu erzielen, nach seinen Erfahrungen in etwa 80%. Heilung des augenblicklich bestehenden Ulcus in ²/₃ bis ³/₄ aller Ulcuspatienten. Eine Dauerheilung sei mit völliger Sicherheit durch die interne Behandlung allerdings nur in etwa 30—35% zu erreichen, da es in einem großen Prozentsatz der Fälle nach erfolgreicher Ulcuskur zu Rückfällen kommt. Immerhin sei es andererseits wichtig zu betonen, daß der Prozentsatz derer, die durch eine energische Ulcuskur auf die Dauer von ihren Beschwerden befreit werden, nicht ganz klein ist, wenn ihm auch die Zahlen von Ruschen und Bahn mit 66%, von White mit 68 bis

80% zu hoch erscheinen. Kalk nimmt an, daß etwa ein Drittel aller Kranken auf die Dauer geheilt werden, daß aber außerdem noch viele auf Jahre hinaus beschwerdefrei sind, oder wenigstens ohne wesentliche Beschwerden. Von einem völligen Versagen der internen Therapie, von dem manche reden (Moynihan) könne also keine Rede sein. Auch sei nicht immer an einem Mißerfolg die interne Therapie Schuld, oft fehle auch der gute Willen des Patienten, was bei jeder Statistik berücksichtigt werden muß, da sicherlich der Erfolg der internen Behandlung erheblich günstiger ausfallen würde, wenn die aus der Behandlung entlassenen Fälle sich größere Schonung und mehr Diäteinschränkung auferlegen könnten oder wollten, da dies zur Vermeidung des Recidiv's notwendig ist.

Karl Westphal und Werner Kuckuck gehen in ihrer Arbeit: Reizmagen und peptische ulcera, ihre Aetiologie und Therapie von der Voraussetzung aus, daß das peptische Ulcus auf einer Überreaktion auf den physiologischen Reiz der Nahrung beruhe und weisen dementsprechenden therapeutischen Weg: Einmal Einschränkung der Nahrungsmittel, die stärkere Funktionssteigerungen der Magenschleimhaut hervorrufen (Spinat, die meisten Kohlsorten, Fleisch und besonders dessen Extraktivstoffe) — der Säurewecker. Und weiter Ölvorgabe als ausgezeichnetes Mittel zur Herabsetzung der Salzsäuresekretion im Magen und zur Beruhigung der Kapillarfunktion. Bei 15 Kranken mit großen Ulcusnischen, die schon über Jahre, bei manchen schon 8 bis 10 Jahre, bestanden, und die zum Teil schon in höherem Alter (24 bis 55 Jahre) standen, wurde diese Therapie mit dem Erfolg angewandt, daß bei 14 Patienten die Geschwüre völlig schwanden, und zwar in unter 2 Monaten, bei einer 55jährigen Patientin war das ursprünglich fast zweifingerkuppengroße Geschwür nach 2 Monaten fast völlig geschwunden. Nischen und subj. Beschwerden blieben auch Monate nach beendigter Kur verschwunden. Bei einem der 15 Patienten traten allerdings 6 Monate nach Beendigung der Kur neue Beschwerden und kurz darauf Perforation ein. Wir sehen also in dieser Abhandlung einen recht hohen pro-

zentualen Heilerfolg der internen Behandlung. Verfasser schlagen übrigens bei etwaigem Rückfall sofort für etwa eine Woche eine Kohlehydratbrei-Fett-Milchdiät vor und glauben auf diese Weise bei der Dauerbehandlung der Ulcera Gutes zu leisten.

Sehr interessant, wenn auch hier weniger hergehörend, sind auch die Ausführungen von F. Gebhardt und J. Richter „Über die Periodizität der Ulcuskrankheit.. Die Zusammenstellung ergab ein periodisches Auf und Nieder des ulcus ventriculi und ulcus duodeni, wie auch der subj. Beschwerden der Patienten. Die Spitze der Kurve lag in den Herbst- und Wintermonaten. Über die Ursache dieser Periodizität sei allerdings nichts Sicheres bekannt.

Das im Folgenden bearbeitete Material entstammt der medizinischen Poliklinik Marburg; es umfaßt insgesamt 152 Kranke, und zwar 76 solche mit Ulc. vertriculi und 76 mit Ulcus duodeni. An sich war die Zahl der Ulcuskranken freilich viel größer, aber verwertet wurden in dieser Arbeit nur diejenigen Fälle, von denen genauere Angaben über den weiteren Verlauf des Ulcusleidens erhalten werden konnten. Es braucht kaum betont zu werden, daß ausschließlich diagnostisch völlig gesicherte Fälle berücksichtigt wurden; entscheidend für die Diagnose war die Röntgendiagnostik. Diagnostisch unsichere Fälle blieben unberücksichtigt. Es wurden nur Fälle aus den Jahren 1930 bis 1932 (lediglich 1 Fall vom 6. I. 33) verwertet, die Anfragen bei den Patienten Mitte dieses Jahres (1934) getätigt, sodaß es sich bei dem vorliegenden Material um mindestens 1½ Jahre alte Erkrankungen handelt.

**Tabelle I: Ulcus ventriculi.**

Durch interne Behandlung wurden gebessert und beschwerdefrei:

| | Tag der Ulcusdiagnose |
|---|---|
| 1. Patientin D. W. | 10. 7. 31. |
| 2. Patient J. W. | 22. 3. 32. |
| 3. Patient H. V. | 26. 2. 32. |
| 4. Patient G. S. | 6. 9. 32. |
| 5. Patientin E. Sch. | 16. 9. 32. |

| | | Tag der Ulcusdiagnose |
|---|---|---|
| 6. | Patientin R. Sch. | 28. 7. 32. |
| 7. | Patient D. R. | 16. 12. 32. |
| 8. | Patientin R. P. | 6. 7. 31. |
| 9. | Patientin H. O. | 20. 2. 31. |
| 10. | Patient K. O. | 18. 9. 31. |
| 11. | Patient F. M. | 18. 5. 31. |
| 12. | Patientin L. M. | 10. 12. 31. |
| 13. | Patient E. K. | 22. 3. 32. |
| 14. | Patient F. K. | 2. 12. 31. |
| 15. | Patient M. H. | 18. 9. 32. |
| 16. | Patientin W. K. | 1. 4. 31. |
| 17. | Patientin L. H. | |
| 18. | Patientin B. H. | 31. 10. 32. |
| 19. | Patient H. H. | 12. 12. 31. |
| 20. | Patientin K. H. | 30. 1. 31. |
| 21. | Patient J. G. | 18. 5 .32. |
| 22. | Patientin R. F. | 8. 9. 32. |
| 23. | Patient H. E. | 27. 10. 32. |
| | Hat bis März 1933 diät gelebt. „Fühle mich wohl und verrichte die schwersten körperlichen Arbeiten.“ | |
| 24. | Patientin M. D. | 13. 12. 32. |
| 25. | Patient W. B. | 25. 4. 32. |
| 26. | Patientin D. B. | 6. 1. 33. |
| 27. | Patient K. D. | 12. 9. 32. |
| | „Verspüre überhaupt nichts mehr.“ | |
| 28. | Patient W. B. | 3. 3. 32. |
| 29. | Patientin E. B. | 16. 7. 31. |
| 30. | Patientin K. B. | 17. 12. 30. |
| 31. | Patientin I. R. | 13. 12. 30. |
| 32. | Patient R. B. | 14. 3. 31. |

Durch interne Behandlung wurden gebessert:

| | | Tag der Ulcusdiagnose |
|---|---|---|
| 1. | Patientin E. W. | 14. 9. 30. |
| | Klagt seit 4 bis 5 Wochen wieder über neue Beschwerden. | |

Tag der Ulcusdiagnose

2. Patient C. W. 1. 6. 32.
   Klagt bisweilen über leichten Druck in der Magengegend.
3. Patient H. W. 7. 10. 32.
   Klagt über zeitweisen Druck in der Magengegend.
4. Patient H. Sch. 5. 4. 32.
   Klagt über Kopfschmerzen und Erbrechen. Bei leichter Kost sei er ohne Beschwerden.
5. Patient A. S. 4. 3. 32.
6. Patient A. L. 10. 3. 32.
   Ist beschwerdefrei, aber nur bei Diäteinhaltung.
7. Patient E. P. 12. 1. 32.
8. Patientin K. P. 28. 12. 32.
   Hat noch Hyperaciditätsbeschwerden
9. Patient G. M. 15. 7. 32.
   Klagt noch über leichte Beschwerden
10. Patientin I. L. 24. 4. 31.
    Klagt noch über zeitweise Beschwerden.
11. Patientin A. K. 16. 6. 31.
    Wurde nicht ganz beschwerdefrei.
12. Patientin E. K. 21. 4. 31.
13. Patient G. S. 1. 7. 31.
14. Patientin E. F. 2. 5. 32.
    Seit Febr. 1934 erneut die alten Beschwerden.
15. Patientin E. F. 2. 10. 32.
16. Patientin E. F. 17. 3. 31.
17. Patient H. E. 10. 9. 32.
    Klagt noch über Magenschmerzen bei der Arbeit.
18. Patient W. D. 4. 4. 32.
    Klagt noch über zeitweise heftigere Schmerzen.
19. Patientin E. B. 30. 11. 31.

Tag der Ulcusdiagnose

20. Patient P. B. 20. 4. 32.
Ist in seinem Beruf auf Gasthausessen angewiesen, und führt selbst die noch bestehenden Beschwerden darauf zurück.
21. Patient H. B. 8. 11. 32.
Klagt noch über zeitweise Schmerzen in der rechten Oberbauchgegend.
22. Patient F. B. 15. 9. 31.

Ungebessert blieben bei interner Behandlung:

Tag der Ulcusdiagnose

1. Patient K. V. 14. 4. 32.
Hat noch typische Ulcusbeschwerden.
2. Patient C. L. 10. 10. 32.
Beschwerden haben trotz Behandlung zugenommen.
3. Patientin K. L. 9. 1. 32.
4. Patientin C. L. 15. 4. 30.
Wurde im November 1933 wegen Magenblutung in die Medizinische Universitätsklinik eingeliefert. Dortselbst exitus let.
5. Patient H. K. 27. 1. 32.
6. Patient M. K. 20. 7. 31.
7. Patient P. H. 27. 10. 31.
„Die Magenbeschwerden treten ein bei Erkältung, Aufregung, schwerer Kost."
8. Patientin A. H. 11. 6. 31.
9. Patient L. H. 6. 9. 30.
10. Patient E. G. 7. 5. 30.
11. Patient H. F. 12. 5. 32.
12. Patient H. F. 3. 1. 30.
13. Patient J. D. 1. 4. 32.
14. Patientin K. D. 8. 7. 32.
15. Patient H. D. 22. 1. 31.

Tag der Ulcusdiagnose

16. Patientin E. B. 5. 12. 32.
Beschwerden haben sich verschlimmert. Nach Klinikbehandlung hat hausärztliche Behandlung nicht mehr stattgefunden.
17. Patientin E. B. 9. 6. 31.
18. Patient K. A. 1. 4. 31.
Trotz interner Behandlung Beschwerden eher verschlimmert.

Operiert wurden:

Tag der Ulcusdiagnose

1. Patientin W. 3. 4. 30.
Durch Operation wurde Besserung erreicht, aber keine Beschwerdefreiheit.
2. Patientin S. S. 19. 5. 31.
Wurde durch Operation beschwerdefrei.
3. Patient H. G. 7. 7. 32.
Operation am 26. 7. 34 brachte Beschwerdefreiheit.
4. Patientin G. G. 4. 8. 31.
Durch Operation wurde Patientin beschwerdefrei.

**Tabelle II: Ulcus duodeni.**

Durch interne Behandlung wurden gebessert und beschwerdefrei:

Tag der Ulcusdiagnose

1. Patient A. W. 14. 6. 30.
2. Patient A. V. 1. 11. 32.
3. Patient H. F. 12. 6. 32.
4. Patient H. Sch. 29. 12. 30.
5. Patient O. S. 10. 7. 30.
6. Patient J. O. 22. 11. 30.
7. Patient D. N. 7. 11. 31.

| | | Tag der Ulcusdiagnose |
|---|---|---|
| 8. | Patient J. N. | 14. 10. 30. |
| 9. | Patientin H. M. | 11. 6. 31. |
| 10. | Patient H. L. | 28. 5. 30. |
| 11. | Patient K. K. | 8. 12. 31. |
| 12. | Patient J. J. | 6. 7. 30. |
| 13. | Patient O. G. | 15. 1. 32. |
| 14. | Patientin A. F. | 12. 9. 32. |
| 15. | Patient W. F. | 15. 10. 30. |
| 16. | Patient L. D. | 29. 6. 31. |
| 17. | Patient H. D. | 7. 10. 30. |
| 18. | Patient J. D. | 30. 10. 30. |
| 19. | Patient K. v. B. | |
| 20. | Patient J. B. | 7. 1. 31. |
| 21. | Patientin F. B. | 12. 11. 30. |
| 22. | Patient H. B. | 14. 4. 30. |
| 23. | Patient H. B. | 13. 10. 32. |
| 24. | Patientin E. A. | 19. 5. 30. |
| 25. | Patient K. A. | 11. 5. 31. |

Durch interne Behandlung wurden gebessert:

| | | Tag der Ulcusdiagnose |
|---|---|---|
| 1. | Patientin E. B. | 1. 9. 32. |
| | Klagt noch über Ulcusschmerzen nach körperlicher Anstrengung. | |
| 2. | Patient H. Z. | 28. 4. 30. |
| 3. | Patient H. V. | 5. 9. 32. |
| | Klagt noch über etwas Druck und zeitweise Appetitlosigkeit. | |
| 4. | Patient A. V. | 23. 5. 30. |
| 5. | Patientin K. St. | 11. 5. 31. |
| 6. | Patient K. Sch. | 23. 4. 31. |
| 7. | Patient H. Sch. | 29. 10. 31. |
| | Klagt noch über nicht unerhebliche Beschwerden. | |
| 8. | Patient J. Sch. | 8. 9. 30. |

Tag der Ulcusdiagnose

9. Patient Ch. N. 1. 9. 31.
War 1½ Jahre beschwerdefrei. Erneute Beschwerden leichterer Natur seit etwa ½ Jahr.
10. Patient E. N. 1. 5. 31.
„Schmerzen sind keine mehr da, nur öfters Hungergefühl und Knurren des Magens."
11. Patient O. M. 21. 5. 30.
Jede Erkältung verursache neue Beschwerden.
12. Patient J. K. 8. 7. 32.
13. Patient K. K. 23. 2. 31.
Klagt noch über Beschwerden bei Witterungswechsel.
14. Patient K. K. 2. 7. 30.
Klagt noch über Beschwerden nach größeren Anstrengungen und gröberem Diätfehler.
15. Patient H. J. 2. 3. 30.
16. Patient J. H. 30. 6. 31.
Hat öfter über Beschwerden zu klagen, die durch Diäteinhaltung sich dann immer wieder besserten.
17. Patientin B. H. 7. 9. 31.
Klagt noch über ganz geringfügige Beschwerden, sodaß sie in den letzten 2 Jahren keine ärztliche Hilfe mehr nötig gehabt habe.
18. Patientin M. H. 30. 1. 32.
Klagt noch über zeitweisen Druck in der Magengegend.
19. Patient K. F. 26. 1. 32.
Klagt noch über nicht unerhebliche Beschwerden.
20. Patient P. F. 22. 6. 32.
21. Patient J. F. 11. 11. 32.

Tag der Ulcusdiagnose

22. Patient H. D. 30. 12. 32.
    Klagt noch über zeitweise Schmerzen
23. Patient J. D. 5. 2. 31.
24. Patient E. B. 25. 1. 32.
    Beschwerden nur noch nach sportlicher oder sonstiger Anstrengung.
25. Patient W. B. 11. 2. 32.
    Beschwerdefrei bei Diäteinhaltung.
26. Patientin E. A. 10. 11. 32.

Ungebessert blieben bei interner Behandlung:

Tag der Ulcusdiagnose

1. Patient O. W. 29. 10. 30.
2. Patient St. V. 11. 11. 30.
3. Patient W. Sch.
4. Patient W. R. 10. 2. 31.
5. Patient L. P. 17. 9. 31.
6. Patient J. M. 21. 4. 31.
7. Patient E. K. 27. 9. 32.
8. Patient A. K. 3. 4. 30
9. Patient J. D. 3. 3. 30.
10. Patientin B. C. 17. 8. 31.
11. Patient K. B. 15. 1. 32.
12. Patient M. B. 19. 2. 31.
13. Patientin A. L. 27. 11. 30.

Operiert wurden:

Tag der Ulcusdiagnose

1. Patient J. K. 20. 1. 31.
    Operation brachte Besserung und Beschwerdefreiheit.
2. Patient A. V. 1. 5. 31.
    Durch Operation wurde Patient beschwerdefrei.
3. Patient A. H. 27. 2. 31.
    Operation brachte Beschwerdefreiheit
4. Patientin H. H. 23. 5. 30.
    Operation brachte restlose Besei-

tigung der Beschwerden.

5. Patient W. H. 3. 6. 32.
   Operation brachte Besserung, aber nicht völlige Beschwerdefreiheit.
6. Patient F. H. 16. 5. 31.
   Operation brachte Besserung, aber nicht restlose Beschwerdefreiheit.
7. Patient W. v. H. 1. 8. 32.
   Operation brachte sehr gute Besserung.
8. Patient Ch. D. 24. 3. 31.
   Operation brachte Linderung, aber nicht Beseitigung der Beschwerden.
9. Patientin A. H. 19. 10. 31.
   Durch Operation wurde keine Besserung erzielt. Zeitweise heftigere Beschwerden als vor der Operation.
10. Patient H. H. 18. 7. 30.
    Operation war ohne Erfolg.
11. Patient R. B. 14. 1. 31.
    Operation brachte keine Besserung der Beschwerden.
12. Patient M. B. 19. 2. 31.
    Operation am 10. 3. 31. Danach zeitweise Verschlimmerung der Beschwerden.

Die Zusammenstellung der Fälle ergibt demnach Folgendes:

| | Ulc. ventr. | | Ulc. duodeni | | insgesamt: | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Gesamtzahl: | 76 | | 76 | | 152 | |
| Beschwerdefrei: | 32 | 42,1% | 25 | 32,9% | 57 | 37,5% |
| Gebessert: | 22 | 29,0% | 26 | 34,2% | 48 | 31,6% |
| Ungebessert: | 18 | 23,7% | 13 | 17,1% | 31 | 20,4% |
| Operiert: | 4 | 5,2% | 12 | 15,8% | 16 | 10,5% |

Als Vergleich seien hier einige von anderen Autoren veröffentlichte statistische Angaben angeführt:

Böhme gibt als Ergebnis von 111 ulc. duodeni-Fällen bekannt:

| | |
|---|---|
| beschwerdefrei | 84,7% |
| gebessert | 10,8% |
| ungebessert | 4,5% |

und vertritt die Ansicht, daß die Erfolge beim ulcus ventriculi noch besser seien.

Diese Zahlen erscheinen mir jedoch etwas zu hoch, wie auch Kalk der Ansicht ist, daß Heilung des augenblicklich bestehenden Geschwürs in etwa 80% erfolge, Dauerheilung jedoch nur in etwa 30 bis 35% (in meiner Zusammenstellung 37,5%!).

Demgegenüber noch eine Zusammenstellung von 128 von Hoffmann operierten ulc. duodeni- und ulc. ventriculi-Fällen:

| | |
|---|---|
| beschwerdefrei | 40,8% |
| gebessert | 21,7% |
| ungebessert | 27,3%. |

Der Prozentsatz der Dauerheilung übersteigt hier zwar den in meiner Zusammenstellung erreichten um 3,3%, doch ist der Prozentsatz der gebesserten Fälle um 9,9% niedriger, und der der ungebessert gebliebenen um 6,9% höher. Die 3,3% höher erreichte Dauerheilung steht einmal in keinem Verhältnis zu den 10% weniger gebesserten und 7% mehr ungebesserten Fällen, und vor allen Dingen in absolut keinem Verhältnis zu der Schwere des operativen Eingriffs, und sagt Böhme mit Recht, daß die Operation in ihrem Dauererfolg zu unsicher sei. Ich muß mich seiner Ansicht voll und ganz anschließen, zumal die Erfolge der internen Behandlung nach den von F. Klewitz in einem Vortrag: Gastritis und Ulcus angegebenen Richtlinien im ganzen genommen nicht schlechtere sind.

Anhangsweise bringe ich hier eine Zusammenstellung über die Erfolge bei den auf Veranlassung der medizinischen Poliklinik operierten Kranken. Die Zahl dieser Kranken ist freilich zu gering, als daß sie Anspruch für eine statistische Verwertung erheben könnte, aber der Vollständigkeit halber habe ich die Gesamtzahl dieser operierten Fälle doch statistisch zusammengestellt:

| | Ulc. ventr. | | Ulc. duodeni | | insgesamt: | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Gesamtzahl: | 4 | | 12 | | 16 | |
| Beschwerdefrei: | 3 | 75% | 4 | 33,3% | 7 | 54,2% |
| Gebessert: | 1 | 25% | 4 | 33,3% | 5 | 29,2% |
| Ungebessert: | 0 | | 4 | 33,3% | 4 | 16,6% |

Zusammenfassend muß gesagt werden, daß die Heilungsaussichten der ulc. ventriculi und ulc. duodeni nicht allzu schlecht sind, anscheinend bei ersterem besser als bei letzterem, doch dürfen wir keinesfalls den Augenblickserfolg mit Dauererfolg verwechseln. Wenn auch alle in dieser Arbeit angeführten Fälle mindestens über 1½ Jahre seit Feststellung der Diagnose zurückliegen, so muß man doch mit einer etwaigen Behauptung, daß bei den „beschwerdefreien" Fällen Dauerheilung vorläge, sehr vorsichtig sein. Leider erleben wir es ja immer wieder, daß auch nach langen Jahren vollkommener Beschwerdefreiheit Recidive auftreten. Es mag diese betrübende Tatsache darauf zurückzuführen sein, daß wir durch unsere Therapie leider das konstitutionelle Moment nicht beseitigen können. Sicherlich sind wir heute mit der Art der Therapie grundsätzlich auf dem richtigen Wege, durch Erfahrung und Forschung bessere Heilerfolge, ja wenn möglich wirkliche Dauerheilungen, zu erzielen, wird unsere Aufgabe sein.

# Benutzte Literatur.


Boas I: Momentanerfolge und Dauererfolge bei peptischen Geschwüren (Arch. Verdauungskrankheiten 1932, 51/56—68 und Karlsbadeärztl. Vortrag 1932, 13/267—282).
(Kongreßzentralblatt für die gesamte innere Medizin und ihre Grenzgebiete 1932, Band 66, Heft 13, Seite 610).

V. Hoffmann: Dauererfolge der Gastroenterostomie bei ulcus ventriculi und ulcus duodeni. (Bruns Beitrag 1932, 155/325—334).
(Kongreßzentralblatt für die gesamte innere Medizin und ihre Grenzgebiete 1932, Band 67, Heft 66, Seite 282).

A. Böhme: Die Heilungsaussichten des Zwölffingerdarmgeschwürs bei innerer Behandlung. (Deutsche medizinische Wochenschrift 1932 I, 1002—1004).
(Kongreßzentralblatt für die gesamte innere Medizin und ihre Grenzgebiete, 1933, Band 68, Heft 3, Seite 144).

Charles Bruce Morton: Ulcus pepticum, VIII Resultate der internen und chirurgischen Behandlung in ländlichen Bezirken und kleinen Städten. (Arch. innere Medizin 1933, 51/920—931).
(Kongreßzentralblatt für die gesamte innere Medizin und ihre Grenzgebiete 1934, Band 73, Heft 4, Seite 274).

A. Borsard: Über das Spätblutbild nach ausgedehnten Magenresektionen wegen ulcus ventriculi und ulcus duodeni. (Dtsch. Zentralblatt f. Chirurgie, 1934, 243/118—126).
(Kongreßzentralblatt für die gesamte innere Medizin und ihre Grenzgebiete, 1934, Band 75, Heft 12, Seite 722).

H. Kalk: Magen- und Duodenalgeschwür, welches sind die Erfolge der internen Therapie? (Neue Deutsche Klinik, 1930, Band 6).

K. Westphal und W. Kuckuck: Reizmagen und peptische Ulcera, ihre Ätiologie und Therapie (Deutsche Medizinische Wochenschrift 1934, Nr. 27, 28, 30).

F. Gebhardt und J. Richter: Über Periodizität der Ulcuskrankheit (Münchener Medizinische Wochenschrift, 1934, Nr. 15).

F. Klewitz: Gastritis und Ulkus (Zeitschrift für Bahnärzte, 1932, Nr. 1).

# Lebenslauf.

Am 29. April 1899 wurde ich als Sohn des praktischen Arztes Dr. med. Otto Heinrich Hubert Mainz und seiner Ehefrau Karoline Marie, geb. Gausmann, in Felsberg, Bezirk Kassel, geboren.

Von Ostern 1905 bis Ostern 1909 besuchte ich die Bürgerschule Felsberg und ab Ostern 1909 das Königliche Friedrichsgymnasium zu Kassel. Am 20. Juni 1917 wurde ich zum Militärdienst einberufen und verließ das Gymnasium mit Oberprimareife. Nach Kriegsende erhielt ich am 15. Februar 1919 das Reifezeugnis und studierte vom 5. Mai 1919 bis 3. März 1922 in Marburg, das Sommersemester 1922 in Rostock und ab Wintersemester 1922/23 bis zum medizinischen Staatsexamen wieder in Marburg Medizin. Das medizinische Staatsexamen bestand ich am 29. Juli 1924 in Marburg, war danach als Medizinalpraktikant an der medizinischen Poliklinik zu Marburg vom 30. Juli 1924 bis 15. Februar 1925, und vom 3. August 1925 bis 15. November 1925 (In der Zeit vom 1. Juli 1925 bis 2. August 1925 bedurfte ich infolge meiner Militärdienstbeschädigung dringend eines vierwöchentlichen Erholungsurlaubs), sowie im Hessischen Diakonissenhaus in Kassel vom 16. November 1925 bis 15. Dezember 1925 tätig, und erhielt am 15. Dezember 1925 die Approbation als Arzt. Am 1. Januar 1926 ließ ich mich als prakt. Arzt in Felsberg nieder.

Meine akademischen Lehrer waren die Herren Professoren Dr.:
v. Auwers, Bielschowsky, Bonhoff, Burckhardt, Esch, Freudenberg, Fuchs, Göppert, Gürber, Hildebrandt, Hofmann, Kehl, Korschelt, Kutscher, Läwen, Löhlein, Meyer, Moog, Ed. Müller, Richarz, Ruete, Schenk, Schwenkenbecher, Stargard, Strecker, Uffenorde, Versé, Zangemeister in Marburg, und
Curschmann, Eggers, Fischer, Franke, Friboes, Sarwey, Lehmann, Müller, Peters, Rosenfeld, Schröder, Stahl, Trendelenburg, v. Wasielewski in Rostock.